

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 



EST10150

N° Dossier

Nom, Prénom

Adresse actuelle de l'utilisateur

N° de la RAMQ

Date de naissance

### AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER

Documents souhaités avant le : \_\_\_\_\_ (Nous répondrons dans les meilleurs délais possibles)

Coordonnées téléphonique du requérant : \_\_\_\_\_

J'accepte de payer les frais, s'il y a lieu. Veuillez m'aviser si les frais s'élèvent à plus de : \_\_\_\_\_ initiales : \_\_\_\_\_

Je, soussigné-e, \_\_\_\_\_  
Nom et prénom du requérant

En ma qualité de \_\_\_\_\_  
Usager ou personne autorisée (titre)

Autorise le CIUSSS-EMTL, installation : \_\_\_\_\_  
(Préciser l'installation. Ex : CHSLD Nicolet, Hôpital Santa Cabrini)

À faire parvenir à :  Moi-même (Usager)  Autre : \_\_\_\_\_

Transmission par :  Poste  Courriel  Télécopieur : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

(courriel ou postale)

Les renseignements suivants : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : \_\_\_\_\_

Cette autorisation est valable pour une période de 90 jours à compter de la date de la signature de ce document.

\_\_\_\_\_  
Signataire : usager ou personne autorisée

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj)

\_\_\_\_\_  
Témoin à la signature

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa/mm/jj)

**N.B. : On doit s'assurer que les signataires de cette formule sont autorisés à le faire conformément aux textes législatifs en vigueur. Et le cas échéant, prière de mentionner à quel titre (curateur ou titulaire de l'autorité parentale) la personne est autorisée à signer.**

**AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONTENUS AU DOSSIER**

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES